

HEARING AID ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION INSTRUCTIONS

Gracias por su interés en el **Programa de Asistencia de Aparatos Auditivos (HAAP, en inglés) del Distrito de Columbia**. A continuación encontrará las instrucciones para solicitar el reembolso.

PASO 1.

Para solicitar el reembolso, complete el formulario de solicitud. Si el solicitante es menor de 18 años, preste mucha atención a las preguntas que soliciten información sobre el tutor del solicitante.

SECCIÓN I: Información general (*escriba con claridad*)

1. **Fecha de solicitud:** ingrese la fecha de hoy. (*MM/DD/AA*)
2. **Nombre del solicitante:** ingrese el nombre. (p. ej., *John*)
3. **Inicial del segundo nombre:** ingrese la inicial del segundo nombre. (p. ej., *I*)
4. **Apellido -** Ingrese el apellido (p. ej., *Doe*)
5. **Fecha de nacimiento:** ingrese la fecha de nacimiento (*MM/DD/AA*)
6. **Edad del solicitante:** ingrese la edad del solicitante (p. ej., *6*)
7. **Género:** seleccione el género en el menú desplegable. Para "otro" escríbalo.
8. **Raza:** seleccione la raza en el menú desplegable.
9. **Etnia:** seleccione el origen étnico en el menú.
10. **Dirección postal:** ingrese la dirección postal. (p. ej., *123 Anyroad St, NE*)
11. **Código postal:** ingrese el código postal. (p. ej. *20002*)
12. **Distrito:** ingrese el distrito donde vive el solicitante. Si no lo conoce puede dejarlo en blanco (p. ej., *distrito 6*)
13. **Teléfono de casa:** ingrese el número de teléfono de casa del solicitante, si corresponde. (p. ej., *202-123-1234*)
14. **Teléfono celular/móvil:** ingrese el número de teléfono celular del solicitante. (p. ej., *202.123.4567*)
15. **Dirección de correo electrónico:** ingrese la dirección de correo electrónico del solicitante. (p. ej., [johndoe@xyz.com](mailto: johndoe@xyz.com))
16. **Nivel de educación:** seleccione el nivel de educación más alto del solicitante en el menú desplegable o en la solicitud en papel.
17. **Estado de empleo:** seleccione el estado de empleo actual del solicitante en el menú desplegable o en la solicitud en papel.
18. **Nombre del empleador actual (información del padre/madre/tutor si el solicitante es menor de 18 años):** ingrese el nombre del empleador actual del solicitante. (p. ej., *ABC Corporation*)
19. **¿Cuánto tiempo lleva trabajando allí?:** Ingrese el tiempo que el solicitante lleva siendo empleado por el empleador actual. (p. ej., *1 o 2 años*)

HEARING AID ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION INSTRUCTIONS

SECCIÓN I.A: Información del padre/madre/tutor. Si el solicitante es menor de 18 años, complete esta sección para padre/madre/tutor (escriba con claridad).

20. **Nombre del padre/madre/tutor (si el solicitante es menor de 18 años):** ingrese el nombre del padre, madre o tutor. (p. ej., *Jane Doe*)
21. **Relación con el solicitante:** ingrese la relación del tutor con el solicitante. (p. ej., *madre*)
22. **Teléfono celular/móvil:** ingrese el número de teléfono celular del tutor del solicitante. (p. ej., *202.123.4567*)
23. **Dirección de correo electrónico:** ingrese la dirección de correo electrónico del tutor solicitante. (p. ej., *johndoe@xyz.com*)
24. **Estado de empleo:** seleccione el estado de empleo actual del tutor del solicitante en el menú desplegable o en la solicitud en papel.
25. **Nombre del empleador actual:** ingrese el nombre del empleador actual del tutor. (p. ej., *ABC Corporation*)
26. **¿Cuánto tiempo lleva trabajando allí?:** Ingrese el tiempo que el tutor lleva siendo empleado por el empleador actual.

Sección II: Información financiera y del hogar

27. **Número de personas en el hogar:** seleccione el tamaño del hogar en el menú desplegable o puede escribirlo, si la solicitud es en papel. Un hogar se define como todos aquellos que viven juntos o dependen los unos de los otros. (p. ej., *4*)
28. **Ingresos (rango de salario):** seleccione el rango de salario del hogar solicitante en el menú desplegable o la solicitud en papel.
29. **Cantidad de personas que dependen de este ingreso y sus respectivas edades:** ingrese el número de dependientes en el hogar y su(s) edad(es). (p. ej., *2 dependientes, de 15 y 10 años*)

Sección III: Información de salud

30. **¿El solicitante tiene seguro de salud?:** Seleccione si el solicitante está asegurado, no asegurado o es desconocido.
31. **Si está asegurado, ¿qué tipo de seguro tiene el solicitante?:** Seleccione el tipo de seguro que tiene el solicitante en el menú desplegable o en la solicitud impresa (p. ej., *Medicaid*).
32. **¿El solicitante tiene una discapacidad actualmente?:** Seleccione el estado de discapacidad del solicitante. (p. ej., *sí*)
33. **En caso afirmativo, seleccione el estado actual de discapacidad:** seleccione las discapacidades que aplican para el solicitante.

HEARING AID ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION INSTRUCTIONS

34. **¿El solicitante tiene diagnosticada actualmente alguna condición crónica?:** Seleccione sí, no o desconocido.
35. **En caso afirmativo, enumere las condiciones crónicas del solicitante a continuación:** - Seleccione las condiciones crónicas aplicables. Si es otro, escriba la o las condiciones crónicas.
36. **¿El solicitante tiene un proveedor de atención primaria?** - Seleccione sí o no.
37. **¿El solicitante tiene actualmente un aparato auditivo?** - Seleccione sí o no.
38. **En caso afirmativo, ingrese la fecha de compra:** ingrese la fecha en que fue comprado el aparato auditivo.
39. **Costo del audífono:** Ingrese el costo total del aparato auditivo.
40. **¿Cómo se enteró solicitante sobre este programa?** - Ingrese cómo el solicitante se enteró del programa. (p. ej., *consultorio médico, DC Health, etc.*)

Sección IV: Autorización médica (*debe ser completada por un médico*)

41. **Nombre del médico (en letra de imprenta):** Ingrese el nombre del médico/doctor(a) del solicitante. (p. ej., *Dr. James Doe*)
42. **Dirección del médico:** ingrese la dirección del consultorio del médico/doctor(a). (p. ej., *234 Anystreet Road, NW*)
43. **Ciudad:** ingrese la ciudad en la que se encuentra el consultorio del médico/doctor(a). (p. ej., *Washington*)
44. **Estado:** ingrese el estado en el que se encuentra el consultorio del médico/doctor(a). (p. ej., *DC*)
45. **Código postal:** ingrese el código postal del consultorio del médico/doctor(a). (p. ej., *20001*)
46. **Distrito:** ingrese el distrito donde se encuentra el consultorio del médico. Si no lo conoce puede dejarlo en blanco (p. ej., *distrito 6*)
47. **Número de teléfono del médico:** ingrese el número del consultorio del médico/doctor(a). (p. ej., *202-678-1234*)
48. **Número de identificación nacional del proveedor (NPI, en inglés):** el NPI es un número de identificación único para los proveedores de atención médica. Ingrese el número NPI del médico/doctor(a) del solicitante. El solicitante puede obtener esta información en el consultorio del médico/doctor(a).

Sección V: Certificación

49. **Firma del médico:** para las solicitudes en papel, haga que su médico firme la sección de autorización médica de la solicitud. *Para las solicitudes electrónicas, incluya una nota del médico que confirme que ha evaluado al solicitante y ha encontrado que el solicitante tiene una pérdida auditiva que lo convierte en candidato para un aparato auditivo. No hay contraindicación médica para la amplificación. Certificación del nivel de exactitud de la solicitud:* lea el texto de reconocimiento y seleccione sí o no para confirmar que toda la información en la aplicación es correcta a su leal saber y entender.

HEARING AID ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION INSTRUCTIONS

50. **Nombre del solicitante:** ingrese el nombre del solicitante. (p. ej., *John Doe*)
51. **Nombre del padre/madre/tutor (si el solicitante es menor de 18 años):** ingrese el nombre del padre, madre o tutor. (p. ej., *Jane Doe*)
52. **Firma del solicitante o del padre/madre/tutor:** firme la solicitud. El padre/madre/tutor debe firmar si el solicitante es menor de 18 años.
53. **Fecha - MM/ DD/AA**

Sección VI: Adjuntos

54. **Adjuntos:** confirme que todos los documentos requeridos se hayan cargado en la solicitud electrónica o se hayan enviado con la solicitud en papel.

HEARING AID ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION INSTRUCTIONS

PASO 2.

Reúna y adjunte la documentación de respaldo requerida como prueba de elegibilidad. La siguiente tabla proporciona ejemplos de la documentación que cuenta como prueba.

Prueba de:	Ejemplos
Ingresos	Recibos de pago recientes; declaración que muestre ingresos de jubilación, ingresos por discapacidad o de compensación al trabajador; declaración de pensión, etc.
Residencia en el DC	Licencia de conducir del DC, contrato de arrendamiento, recibo de alquiler, declaración escrita por el propietario, factura de servicios públicos o de teléfono, etc.
Alquiler/Hipoteca	Arrendamiento, recibo de alquiler, cheque cancelado, extracto de hipoteca, etc.
Recibos de servicios públicos	Facturas recientes de electricidad, gas, combustible, teléfono móvil, agua, teléfono de casa, etc. (si las paga por separado de su alquiler).
Parentesco	Certificado de nacimiento (copia completa) de su hijo o hijos dependientes, o registros oficiales de una escuela, corte, hospital, etc.
**"Viviendo con"	Declaraciones de dos personas que no sean familiares, o registros escolares.
Certificación médica	Declaración firmada para su médico.

**Si el solicitante no tiene su propio lugar de residencia y actualmente vive con otra persona.

PASO 3.

Envíe la solicitud y todos los documentos de respaldo requeridos. La solicitud se puede completar y enviar de las siguientes maneras:

1. Complete la solicitud y cargue la documentación de respaldo en línea en <https://dchealth.dc.gov/page/health-care-access-bureau> . Las solicitudes y la documentación se pueden enviar utilizando una computadora de escritorio, una tableta o un teléfono inteligente.
2. Descargue, imprima y envíe su solicitud completa y la documentación de respaldo:
 - a. Por correo electrónico: las solicitudes y la documentación de respaldo se pueden enviar a tmoses@smsllcgroup.com.
 - b. Por correo postal: envíe las solicitudes completas y la documentación de respaldo a Strategic Management Services, LLC, 137 National Plaza, Suite, 300, National Harbor, MD 20745.
 - c. Por fax: envíe por fax las solicitudes y la documentación de respaldo a (*insert fax number*).

Para obtener más información sobre el Programa de Asistencia de Aparatos Auditivos (HAAP) del Distrito de Columbia, visite <https://dchealth.dc.gov/page/health-care-access-bureau> o comuníquese con tmoses@smsllcgroup.com o al (202) 656-3027.